Consentimiento Informado
MALFORMACIONES UTERINAS Y/O VAGINALES

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo
Las malformaciones uterinas y/o vaginales sólo precisan tratamiento quirúrgico en caso de provocar problemas obstétricos y/o ginecológicos: abortos de repetición, partos prematuros, dolor, esterilidad, etc.

Características
La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la vigilancia del médico anestesiólogo.
Se puede practicar por vía abdominal, vaginal o mixta; su vez, se puede realizar con técnicas de cirugía abierta (abrir pared abdominal o vagina) y/o endoscópica (sistemas de óptica, insuflación de gas o líquidos).
Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada. Además, se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intra operatorios, tales como la resección a otros órganos y/o modificaciones del procedimiento para proporcionarme el tratamiento más adecuado.
No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las precauciones debidas y por el personal calificado.

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico (biopsia) posterior y/o intra operatorio para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informado de los resultados del estudio. De dicho estudio podrá, a veces, derivarse la realización de una nueva cirugía para complementar la anterior.

Riesgos
Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada, etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica pueden ser, entre otras:
– A corto plazo: hemorragias y hematomas con posible transfusión intra o postoperatoria e incluso reintervención quirúrgica, infecciones, lesiones vesicales, ureterales e intestinales, seromas.
– A largo plazo: fístulas, adherencias abdominales y/o intrauterinas que podrían ocasionar dolor y/o esterilidad, así como roturas uterinas en futuros embarazos.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.
También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento para **MALFORMACIONES UTERINAS Y/O VAGINALES.**

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal